



Absceso escrotal secundario a apendicitis. Informe de caso

RESUMEN

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo en la edad pediátrica. Aproximadamente la tercera parte de todos los casos se complican con perforación apendicular al momento de la intervención quirúrgica. Entre las complicaciones posoperatorias de esta afección se encuentran los abscesos en sitios inusuales o ectópicos, como el absceso escrotal. Para que un evento intraabdominal cause un absceso escrotal por desplazamiento de líquido debe existir un *processus vaginalis* permeable.

En este informe se reporta el caso de un niño con apendicitis perforada. Después de haber sido operado tuvo un absceso en el escroto que se desarrolló a través de un conducto vaginal permeable. Hubo que drenarlo y dar tratamiento con triple esquema de antibióticos. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Palabras clave: apendicitis, complicaciones posoperatorias, absceso residual, canal inguinal.

Angélica León-Hernández¹
José Martín Palacios-Acosta²
Jaime Ricardo Lezama-Cordero³
Diego Leonardo Herrera-Ojeda⁴
Jaén Echávez-del Riego⁵

¹ Médico General. UNAM-FESI. Secretaría de Salud-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEG y SR).

² Médico adscrito de Cirugía Oncológica, Instituto Nacional de Pediatría.

³ Médico interno de pregrado. Instituto Mexicano del Seguro Social-Hospital General de Zona N°29/UMF.

⁴ Médico Interno de Pregrado. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

⁵ Médico residente de Cirugía Oncológica. Instituto Nacional de Pediatría.

Scrotal abscess following an appendicitis

ABSTRACT

Appendicitis is the most common cause of acute abdomen in children; approximately one third of all cases present with appendiceal perforation at the time of surgery. Some of postoperative complications in this condition are abscesses. In unusual places such as the scrotum however, for an intraabdominal event to cause a scrotal abscess, fluid displacement requires the presence of a patent processus vaginalis.

We report the case of a child with perforated appendix followed by a scrotum abscess owing to a permeable vaginal canal. The abscess was and the patient was and treatment was performed based triple scheme antibiotics, evolving satisfactorily.

Key words: appendicitis, postoperative complications, residual abscess, inguinal canal.

Recibido: noviembre, 2012

Aceptado: enero, 2014

Correspondencia

Dra. Angélica León Hernández
Homero 213, piso 6
Col. Chapultepec-Morales
CP 11570, México Distrito Federal
Tel. 52 63 91 77
angie_atl@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

León-Hernández A, Palacios-Acosta JM, Lezama-Cordero JR, Herrera-Ojeda DL, Echávez-del Riego J. Absceso escrotal secundario a apendicitis. Informe de caso. Acta Pediatr Mex 2014;35:125-129.

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo en la edad pediátrica; aproximadamente, la tercera parte de todos los casos se complica de perforación apendicular al momento de la cirugía.¹ Existen factores, como la debilidad de la pared del órgano en cuestión, que favorecen la perforación temprana del apéndice cecal. Las presentaciones atípicas son las formas más frecuentes durante los cuadros agudos; destaca la retrocecal con un 60% de los casos.^{2,3}

El diagnóstico es fácil cuando los síntomas son los típicos: dolor, vómito y fiebre, pero esto no ocurre en 30% de los pacientes; así que ante un paciente con síntomas atípicos aumenta el grado de dificultad diagnóstica y la posibilidad de complicaciones como la perforación apendicular.^{3,4}

Las complicaciones más frecuentes son la infección de la herida quirúrgica y el absceso residual de acuerdo con el grado de contaminación de la cavidad abdominal. Los abscesos residuales, únicos o múltiples, ocurren en 0.5 a 5% de los casos.⁵ Por eso, en pacientes con apendicitis aguda operados en forma temprana, esta posibilidad es menor a 9% y puede elevarse hasta 30% cuando existe perforación o material purulento libre en la cavidad abdominal.⁶

CASO CLÍNICO

Niño de 12 años de edad cuyo padecimiento inició dos días antes de la consulta con dolor abdominal, tipo cólico, en mesogastrio acompañado de náuseas y vómito. Acudió con un médico particular que le prescribió un analgésico y un antiespasmódico. Posteriormente tuvo fiebre de 38.3°C por lo que acudió al servicio de urgencias. En la exploración física el niño tenía palidez de tegumentos, mucosa oral deshidratada, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en fosa ilíaca derecha, Mc Burney positivo, con datos de irritación peritoneal. Se

hicieron estudios de laboratorio: leucocitos 14,900, hemoglobina 13.2 g/dL, hematocrito 39.9%, plaquetas 730,000, tiempo de protrombina 13.6 segundos, 72.4% de actividad; tiempo de tromboplastina 33 segundos. Una radiografía simple de abdomen mostró escoliosis y un fecalito en la fosa ilíaca derecha.

Se efectuó laparotomía exploradora donde se encontró el apéndice cecal perforado en su tercio proximal, con áreas necrosadas y fecalitos en su interior (figura 1). El ciego era friable con material purulento en las correderas parietocólicas y en el hueco pélvico, aproximadamente 300 cm³. Se efectuó apendicectomía y se hizo lavado de la cavidad. El curso posoperatorio fue favorable; se proporcionó esquema triple con cefotaxima, amikacina y metronidazol.



Figura 1. Apéndice cecal perforado en su tercio proximal con fecalitos en su interior.

Al quinto día después de la operación el paciente tuvo fiebre de 39.5°C, disuria y aumento de volumen del escroto y de la región inguinal derecha (figura 2). El ultrasonido reveló una colección en mediastino testicular derecho de aproximadamente 20 cm³.



Figura 2. Lado derecho del escroto con aumento de volumen.

Se practicó una incisión abdominoinguinal derecha incidiendo la aponeurosis del oblicuo mayor; se disecó el músculo cremáster y se encontró material purulento, aproximadamente 20 cm³, en el canal inguinal; el conducto peritoneal vaginal era permeable y tenía material purulento en su interior (figura 3). Se aseó y se dejó un drenaje de Penrose en el escroto; se suturó por planos de la forma habitual. El curso posoperatorio fue favorable.



Figura 3. Conducto peritoneo-vaginal permeable con material purulento.

El paciente estuvo hospitalizado por siete días bajo tratamiento con clindamicina y paracetamol; evolucionó satisfactoriamente.

El informe oficial de patología concluyó: tejidos blandos con edema, congestión vascular fibrina y formación de abscesos. Continúo su tratamiento con antibióticos. Egresó por mejoría. Actualmente no tiene síntomas y su evolución ha sido favorable.

ANÁLISIS

En 1886 Reginald Fitz acuñó el término *apendicitis aguda* para describir el cuadro clínico del padecimiento y estableció las bases del diagnóstico clínico temprano. Propuso un tratamiento quirúrgico oportuno para evitar complicaciones.^{7,8} Habitualmente, una correcta anamnesis y la exploración física son suficientes para hacer el diagnóstico. Desafortunadamente, la falta de experiencia y criterio son las causas de las fre-

cuentas complicaciones debidas al retardo del diagnóstico y del tratamiento terapéutico.

Entre las complicaciones posoperatorias más comunes están los abscesos residuales, únicos o múltiples, que se desarrollan en 0.5 a 5% de los casos.⁹ La localización habitual de los abscesos apendiculares es paracecal o pélvica; existen casos atípicos o ectópicos como los retroperitoneales, subdiafrágmaticos derechos, inguinales o escrotales; pueden manifestarse como gangrena o fascitis perineales e, incluso, como obstrucción urinaria.^{10,11}

Para que un evento intraabdominal, como la apendicitis, cause un absceso escrotal por desplazamiento de líquido debe existir un *processus vaginalis* permeable o una hernia inguinal.¹² En nuestro paciente había un *processus vaginalis* permeable.

El conducto peritoneo-vaginal aparece en la doceava semana de gestación, es un divertículo seroso que se extiende hasta el anillo inguinal.^{13,14} Usualmente, la obliteración de esta estructura ocurre espontáneamente hacia el segundo año de vida; aproximadamente 20% de la población mantiene permeable el conducto durante toda su vida sin que esto cause alteraciones.^{13,14}

Las infecciones intraabdominales ocurren cuando las defensas del huésped permiten que el flujo bacteriano produzca una cápsula de fibrina alrededor de la lesión.¹⁵ Generalmente requiere, para su formación, 10^7 bacterias por mililitro, entre otros factores. Las vías de diseminación del material purulento dentro de la cavidad peritoneal están definidas: circula hacia la parte superior del abdomen en los espacios suprahepáticos e infrahepáticos, así como a la corredera paracólica y hacia la cavidad pélvica. Es probable que el movimiento dentro del abdomen superior represente la circulación de líquido hacia una región de baja presión,

producida por la absorción del material por los linfáticos diafrágmaticos y un efecto de succión causado por la fuerza de gravedad sobre las vísceras abdominales superiores, en especial el hígado.¹⁵⁻¹⁷ Probablemente la circulación de líquido a las partes declives de la pelvis o en las correderas paracólicas se deba a la acción de la fuerza de gravedad en decúbito ventral o en posición parcialmente erguida.¹⁸

La presentación de absceso escrotal secundario a una apendicitis se describió por primera vez en 1919.¹⁹ Es una complicación extraordinariamente rara; los pacientes pueden tener disuria, obstrucción uretral, retención urinaria, hematuria o piuria; sin embargo, el diagnóstico diferencial es amplio en la inflamación aguda escrotal e incluye torsión testicular, torsión del apéndice testicular, epididimitis, orquitis, hernia encarcelada, necrosis de grasa escrotal y trombosis de las venas escrotales.^{19,20}

La importancia de este caso clínico es alertar al médico y a los cirujanos pediatras de la existencia de esta afección que, por su rareza y manifestaciones variables, es un reto para el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Santos M, Torres V, Poblete A, Guelfand M, Rodríguez J. Tratamiento de los plastrones apendiculares en pediatría. Conservador vs. quirúrgico ¿Cuál es la mejor alternativa? Rev Ped Elec 2010;7:1-6.
2. Gómez SF, Ayala AM. Complicaciones en los pacientes con apendicitis aguda perforada en el Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza del 1º de junio de 2004 al 31 de mayo de 2005. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2006;11:24-6.
3. Bahena AJ, Chávez TN, Méndez SN. Estado actual de la apendicitis. Rev Médica Sur Méx 2003;10:122-128.
4. Blanco DJ, Isnard PR, Ilari RJ, López OP, Castellví GA. Tratamiento médico y/o quirúrgico del plastrón o absceso apendicular en la infancia. Cir Pediatr 2008;21:43-5.
5. Jaramillo SJ. Profilaxis antibiótica en una dosis en niños operados de apendicitis aguda no complicada. Rev Mex Cir Ped 2010;17:65-70.

6. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez S, Olarte G, Fresneda A. Apendicitis aguda en una hernia crural encarcelada: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2005;97:707–15.
7. Gaxiola WR, Gómez GG, Alcántara MJ, Athié GC. Absceso de la transcavidad de los epiplones secundario a apendicitis perforada. *Rev Cirujano General* 2001;23:49–53.
8. Ebensperges A, Díaz A, Flores G, Martínez G, Santos M, Guelfand L y cols. Manejo médico de los abscesos residuales secundarios a peritonitis apendicular. *Rev Cir Infantil* 2008;8:226 – 30.
9. Baeza HC, Jaimes G, Villalobos AD, Velasco SL, Velasco RJ. Manejo conservador del absceso intraperitoneal postapendicectomía. Resultados preliminares. *Cir Cir* 2003;71:31–6.
10. Mosreal JJ, García SJ, Flores AJ, Concha VF, Puc FA, Heredia NM. Factores de riesgo de absceso de pared postquirúrgico en pacientes con apendicectomía aguda. *Rev Invest Yuc* 2009;9:115–23.
11. Lara HJ, Alonso CL, Ríos FA, Jiménez JA, Gallardo FJ, Martínez PM. Absceso escrotal secundario a una apendicitis. *Rev Cirugía Ped* 2009;22:1–5.
12. Hogan M. Appendiceal abscess drainage. *Techniques in Vascular and Interventional Radiology* 2003;6:205–14.
13. Baeza HC, Salinas MJ, Escobar IM, Heladio M. Nájera GH, Godoy EH. Apendicitis en un lactante de dos meses con conducto peritoneovaginal permeable. *Gac Méd Méx* 2005;141:421-23.
14. Nicolás M, Mora G, Stock R, Vallejos R, Robles M, Tapia C y cols. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Chilena de Cirugía* 2007;59:142–45.
15. Suárez ME. Infecciones Intraabdominales: Peritonitis y Abscesos. *Rev MEDICRIT* 2004;1:1–35.
16. Hurtado DJ, Hurtado VR. Apendicitis herniaria. Presentación de dos casos. *Rev Habanera de Ciencias Médicas* 2007;6:1–9.
17. García GA, Delgado CA, Gutiérrez del Río F, Marina PA. Absceso apendicular de tres meses de evolución. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2010;8:164–166.
18. Jamieson D, Chait P, Filler R. Interventional Drainage of Appendiceal Abscesses in Children. *AJR* 1997;169:1619–22.
19. Aguilar D, Sánchez M. Escroto agudo como presentación de apendicitis aguda. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Urol* 2008;68:64–6.
20. Dever D, Hulbert W, Emmens R, Rabinowitz R. Appendiceal abscess masquerading as acute urinary retention in children. *Urology* 1985;25:289 -92.